

- Hospital Comarcal de l'Alt Penedès  
 Hospital Residència Sant Camil  
 Hospital Sant Antoni Abat  
 Centre de Rehabilitació (Vilanova i la Geltrú)  
 CAPI Baix-a-Mar

---

 Sello de fecha y recepción

## Hoja de reclamaciones <sup>1</sup>

### Datos de la persona afectada

1er. apellido		2º apellido		Nombre				
CIP <sup>2</sup>		DNI		Fecha de nacimiento <sup>3</sup>				
<b>Dirección</b>	Tipo de vía <sup>4</sup>	Nombre	N.º	Bloque	Portal	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Teléfono		Dirección electrónica			

### Datos a los efectos de recibir notificaciones relacionadas con esta reclamación

(marcar solo un tipo de vía de recepción)

Acepto recibir notificaciones electrónicas a la dirección electrónica o mensajes al teléfono móvil (especificar dirección y móvil):<sup>5</sup>

Dirección electrónica	Teléfono móvil
-----------------------	----------------

En caso de no aceptar la recepción de notificaciones electrónicas, se enviarán a la dirección postal de la persona afectada o, en su caso, a la de la persona que la representa

### Datos de la persona que presenta la reclamación

(solo se rellenarán en caso de que no sea la persona afectada)

1er. apellido		2º apellido		Nombre			
CIP <sup>2</sup>		DNI		Fecha de nacimiento <sup>3</sup>			
Código postal	Localidad		Teléfono		Dirección electrónica		

Condición mediante la que presenta esta reclamación

- Como representante legal  
 Como persona autorizada (en este caso, la persona afectada deberá rellenar y firmar el apartado de autorización siguiente)

### Autorización de la persona afectada para representación en la tramitación administrativa

(solo deberá marcar y firmar esta autorización si presenta la reclamación otra persona)

- Autorizo a la persona que presenta la reclamación para presentar, solicitar, tramitar y recibir respuesta o cualquier comunicación relativa a esta reclamación, incluyendo la información de los datos de carácter personal que puedan derivar de la misma, y a llevar a cabo las actuaciones necesarias solicitadas por el Servicio Catalán de la Salud

Firma de autorización de la persona afectada (en caso de presentar la reclamación en soporte papel, deberá adjuntar una copia de su DNI)

---

 Fecha

**Notas:** ver las notas al reverso de este formulario.

**Exposición de la reclamación** (si necesita más espacio, puede adjuntar otra hoja)

Firma de la persona que presenta la reclamación (persona afectada, representante legal o persona autorizada, según sea)

**Fecha**

- 1 Adjuntar fotocopia de los documentos que quiera aportar.
- 2 Si hace constar el código de identificación personal (CIP) dentro de este apartado, solo debe rellenar el nombre y los apellidos.
- 3 Deberá constar, en números: el día, el mes y el año (este último en cuatro cifras).
- 4 Tipo de vía
 

Arrabal	Bloque	Carretera	Glorieta	Mas	Pasadizo	Playa	Urbanización
Atajo	Camino	Costa	Gran Vía	Muelle	Pasaje	Polígono	Vía
Avenida	Can	Descenso	Grupo	Parque	Paseo	Puente	Viaducto
Bajada	Calle	Diseminado	Jardín	Partida	Plaza	Rambla	Zona
Barrio	Callejón	Escalera	Lugar	Paso	Placeta	Riera	
- 5 Aceptación para recibir notificaciones electrónicas relacionadas con esta reclamación según establecen los artículos 14.1 y 41.1 de la Ley 39/2015, de 1 de Octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

**Información básica sobre protección de datos****Servei Català de la Salut**

**Identificación del tratamiento:** Registro de gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones. **Responsable del tratamiento:** Subdirección del Servicio Catalán de la Salud (trav. de les Corts, 131-159, Edifici Olímpia, 08028 Barcelona). **Finalidad:** gestión de los programas de mejora de la calidad del sistema sanitario público. **Conservación de los datos:** los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se solicitaron y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de esta finalidad i tratamiento de los datos. **Legitimación:** la base legal que habilita el tratamiento de los datos personales es el ejercicio de poderes públicos. **Destinatarios:** los datos podrán ser comunicados a terceros cuando sea estrictamente necesario para la gestión del servicio o cuando exista una obligación legal que así lo establezca. **Derechos de las personas interesadas:** puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición al tratamiento, derecho al olvido, derecho a la portabilidad de los datos y solicitud de limitación mediante el formulario electrónico disponible en Tràmits Gencat (<https://catsalut.gencat.cat/drets-proteccio-dades>). **Información adicional:** si quiere ampliar esta información, puede consultar la información adicional del tratamiento en el web del Servicio Catalán de la Salud (<https://catsalut.gencat.cat/proteccio-dades>).

Mediante la firma de esta hoja autoriza expresamente al Servicio Catalán de la Salud para que pueda solicitar a los centros sanitarios la historia clínica y pueda acceder a la misma cuando sea necesario para resolver su reclamación.

**Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf**

**Identificación del tratamiento:** Registro de gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones. **Responsable del tratamiento:** Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (c/ Espirall, 61 - 08720 Vilafranca del Penedès). **Finalidad:** Gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones. **Conservación:** se conservarán durante el tiempo necesario para llevar a cabo las gestiones que se deriven. **Legitimación:** para cumplir una misión realizada en interés público. **Destinatarios:** esta información es utilizada por las Unidades de Atención a la Ciudadanía propias del CSAPG. **Derechos de las personas interesadas:** poder ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición al tratamiento, portabilidad y limitación, presentando un escrito a CSAPG. **Información adicional:** [www.csapg.cat/pd](http://www.csapg.cat/pd).